

Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung

§ 1

HZV-Vergütungspositionen

Die Vertragspartner vereinbaren für die in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (HZV-Ziffernkranz in der jeweils aktuellen Fassung) zu erbringenden Leistungen folgende HZV-Vergütung:

Für die in der nachfolgenden Vergütungstabelle aufgeführten Leistungen gilt, soweit in dieser Anlage nebst Anhängen nicht ausdrücklich etwas Anderes bestimmt wird, das Folgende:

- Alle Leistungen sind sowohl vom Betreuarzt als auch vom Vertreterarzt abrechenbar.
- Jede einzelne Leistung ist einmal täglich pro Hausarzt und pro HZV-Versicherten abrechenbar.
- Alle Leistungen sind miteinander am selben Tag pro Hausarzt und pro HZV-Versicherten abrechenbar (gleiches Leistungsdatum). Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar.
- Einzelleistungen, welche gemäß dieser Anlage 3 mit der aktuellen Bewertung nach EBM aufgenommen wurden, werden bei Erhöhungen in ihrer Bewertung im Kollektivvertrag ebenfalls im Rahmen dieser Anlage 3 zum jeweiligen Quartal angepasst.

Leistung/ Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Vergütung
Grundmodell			
P1 Jahresgrundpauschale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungen zur Umsetzung der Teilnahmevoraussetzungen und besonderen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß § 3 des HZV-Vertrages sowie der Pflichten gemäß Anlage 2 zum HZV-Vertrag. Hierzu zählt z. B.: ▪ Vorhalten einer apparativen Mindestausstattung (u. a. Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung) ▪ Vorhalten einer onlinefähigen IT und Internetanbindung in der Praxisausstattung mit Vertragssoftware nach Anlage 1 ▪ Teilnahme an Qualitätszirkeln zur Einhaltung der 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wird dem Betreuarzt pro Versichertenteilnahmejahr vergütet, wenn mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt im Versichertenteilnahmejahr vorliegt ▪ Auszahlung erfolgt quartalsweise anteilmäßig in Höhe von 32,25 EUR ▪ für die Berechnung wird immer das aktuelle HZV-Versichertenverzeichnis gem. § 9 Abs. 2 des Vertrages zugrunde gelegt ▪ gab es nach Ablauf des Versichertenteilnahmejahres sowie bei vorzeitigem Ausscheiden des HAUSARZTES oder HZV-Versicherten keinen Arzt-Patienten-Kontakt, 	129,00 EUR

	<p>Qualifikations- und Qualitätsanforderungen an die HZV</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Behandlung nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Leitlinien für die hausärztliche Versorgung▪ Sprechstundenangebot in der Regel von Montag bis Freitag mit Ausnahme gesetzlicher Feiertage in Sachsen von mindestens 20 Stunden pro Woche sowie für berufstätige HZV-Versicherte eine Terminsprechstunde ab 7:00 Uhr oder bis 20:00 Uhr pro Woche (als Früh- oder Abendterminsprechstunde) oder einer Samstagsterminsprechstunde pro Woche gemäß § Abs. 4 (1) des HZV-Vertrages.▪ Übernahme der Aufgaben zur Wahrnehmung und Sicherstellung der Lotsenfunktion. Hierzu zählt z. B.:<ul style="list-style-type: none">▪ Sammlung, Dokumentation, Übermittlung sowie Überwachung relevanter Befunde▪ Bei Bedarf regelmäßiger Austausch mit Fachärzten und sonstigen Leistungserbringern zur Abstimmung der Behandlung des HZV-Versicherten▪ Bei Bedarf komplette hausärztliche Versorgung des HZV-Versicherten ohne die weiteren in dieser Anlage 3 aufgeführten Leistungen sowie Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	<p>wird der für das jeweilige Versichertenteilnahmejahr ab dem 01.04.2021 bereits ausgezahlte Betrag im Rahmen der nächsten Abrechnung vom HAUSARZT zurückgefordert.</p>	
--	---	--	--

<p>P3</p> <p>Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand</p> <p>Chronikerpauschale</p> <p>AG1 (18 – 34 Jahre)</p> <p>AG2 (35 – 54 Jahre)</p> <p>AG3 (55 – 69 Jahre)</p> <p>AG4 (ab 70 Jahren)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung (§ 3 Punkt 3 Abs. 4) ▪ Grundlegende Betreuungs- und Behandlungsleistungen im Zusammenhang mit der chronischen Erkrankung, z. B. Erbringung von Laborleistungen, Besprechung von Laborergebnissen, Erstellung und Versand von Arztbriefen, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Ermittlung der psychosozialen Situation, Prüfung des Versichertenbedarfs hinsichtlich Motivation zur Bewegung bzw. einer Präventionsempfehlung/-verordnung, Prüfung der Einschreibung in DMP ▪ Kontrolle und Begleitung der Arzneimitteltherapie: Erstellung und ggf. Pflege des Medikationsplans nach Ergänzung/Reduktion von Medikamenten nach Verordnung anderer Ärzte (Fachärzte) bzw. Selbstmedikation mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln sowie Aushängung des Medikationsplans in einer zum Zeitpunkt gültigen Form an den Patienten oder dessen Bezugsperson sowie Beratung über Besonderheiten der Medikamenteneinnahme (Schlucken von Kapseln, Einnahme nüchtern oder bspw. zum Essen, Einnahmeintervalle etc.) ▪ Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. psychosoziale Unterstützung, fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung durch den Hausarzt. ▪ Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wird max. einmal pro Quartal vergütet ▪ Voraussetzung für die Abrechnung ist ein Arzt-Patienten-Kontakt ▪ wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>AG1: 10,00 EUR</p> <p>AG2: 20,00 EUR</p> <p>AG3: 30,00 EUR</p> <p>AG4: 40,00 EUR</p>
---	---	--	---

<p>VERAH-Zuschlag für chronisch Kranke</p>	<p>Betreuung von Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 geregelt <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine MFA/Arzthelferin des Betreuers verfügt über die Qualifikation VERAH ▪ Wird ab dem Tag der Meldung der Qualifikation vergütet ▪ Wird nur dem Betreuer vergütet 	<p>5,00 EUR</p>
<p>Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P1</p>	<p>Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P1 (max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr), sofern die in Anhang 4 zu dieser Anlage 3 genannten Quoten erfüllt sind. ▪ Wird nur dem Betreuer vergütet 	<p>4,00 EUR</p>
<p>Zuschlag zur Versicherungspauschale P1</p>	<p>Betreuung der HZV-Versicherten durch Hausarzt24</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P1 bei Teilnahme des HZV-Versicherten gemäß Anlage 6.4 ▪ Wird nur dem Betreuer vergütet 	<p>10,00 EUR</p>
<p>Vertreterpauschale</p>	<p>hausärztliche Versorgung eines HZV-Versicherten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3, zusätzlich sind die im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen abrechenbar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 1 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Vertreterarzt („Vertreterarzt“) vergütet 	<p>17,50 EUR</p>
<p>Zielauftragspauschale</p>	<p>Verwaltungspauschale im Zusammenhang mit der Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung. Zusätzlich sind die im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen, wenn sie im Zielauftrag definiert sind, abrechenbar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar ▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar 	<p>12,50 EUR</p>

Einzelleistungen			
Belastungs-EKG	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM	▪ max. 1 x pro Quartal	26,00 EUR
Langzeit-EKG	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM	▪ max. 1 x pro Quartal	7,45 EUR
Auswertung Langzeit-EKG	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM	▪ max. 1 x pro Quartal	10,23 EUR
Sonografie Schilddrüse	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM		9,46 EUR
Sonografie Abdomen	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM	▪ max. 2 x pro Quartal	17,47 EUR
Sonografie Uro-Genital-Organ(e)	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM		9,68 EUR
Sonografie weiterer Organe oder Organteile	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM		7,45 EUR
Verordnung medizinischer Reha	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 01611)		33,60 EUR
ABI-Messung (Bestimmung des Knöchel-Arm-Index)	Obligatorer Leistungsinhalt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestimmung des systolischen Blutdrucks an den Extremitäten, ▪ mittels Doppler-Verfahren und/oder oszillometrischen Verfahren, ▪ mindestens 4 Ableitungsstellen, ▪ Berechnung des individuellen Knöchel-Arm-Index 	▪ Nach ärztlicher Einschätzung zur Risikoerfassung einer Athereosklerotischen Erkrankung für Versicherte ab dem vollendeten 50. Lebensjahr; max. 2 Mal pro Versichertenteilnahmejahr abrechenbar	10,00 EUR
Psychosomatik I (Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände)	Leistungsinhalt analog EBM-Ziffer 35100	▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35110	20,00 EUR

Psychosomatik II (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen)	Leistungsinhalt analog EBM-Ziffer 35110	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35100 ▪ max. 3 x am Tag 	20,00 EUR
Kleine Chirurgie I (Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation)	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02300)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02301 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden * 	7,56 EUR
Kleine Chirurgie II (Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht)	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02301)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden * 	14,80 EUR
Kleine Chirurgie III (Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern)	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02302)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02301 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden * 	26,59 EUR
Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei der Frau	Leistungsinhalt analog EBM-Ziffer 01730	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird ein Mal im Kalenderjahr je weiblichen HZV-Versicherten ab dem Alter von 20 Jahren vergütet 	20,00 EUR
Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Mann	Leistungsinhalt analog EBM-Ziffer 01731	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird ein Mal im Kalenderjahr je männlichen HZV-Versicherten ab dem Alter von 45 Jahren vergütet 	16,00 EUR
Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien (Check-up 35)	Leistungsinhalt analog EBM-Ziffer 01732	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x alle 2 Kalenderjahre pro Patient ab dem vollendeten 35. Lebensjahr 	31,00 EUR
Check-up PLUS	99111A 99111E 99111G Prämienzahlung 99111B 99111L	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jede Ziffer ist 1 x alle 2 Kalenderjahre pro Patient abrechenbar (Einzelleistung) 	04,50 EUR 04,50 EUR 16,35 EUR 05,50 EUR 0,32 EUR 0,75 EUR

<p>Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs</p>	<p>Hautkrebsvorsorge (GOP 01745 oder 01746 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 1 x alle 2 Kalenderjahre, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr abrechenbar 	<p>19,00 EUR</p>
<p>Stuhltest</p>	<p>Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Abschnitt D. III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, sowie die Beratung bei einer präventiven Untersuchung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einmal im Kalenderjahr je HZV-Versicherten ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres ▪ Versicherte ab dem Alter von 55 Jahren, bei denen keine Koloskopie oder keine zweite Koloskopie nach Ablauf von zehn Jahren durchgeführt worden ist, haben Anspruch auf die zweijährliche Durchführung des Stuhltests 	<p>6,00 EUR</p>
<p>Inanspruchnahme zur Unzeit I</p>	<p>Inanspruchnahme zur Unzeit I zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu Anlage 3): zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 07:00 – 19:00 Uhr</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	<p>25,00 EUR</p>
<p>Inanspruchnahme zur Unzeit II</p>	<p>Inanspruchnahme zur Unzeit II zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu Anlage 3): zwischen 22:00 und 7:00 Uhr oder an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 bis 07:00 Uhr</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	<p>40,00 EUR</p>

<p>Besuch eines Kranken (Hausbesuch)</p>	<p>Ärztliche Inanspruchnahme, zu der der Hausarzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines HZV-Versicherten zu begeben.</p> <p>Liegt nicht vor, wenn der Arzt seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist (Regelbesuch)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>23,58 EUR</p>
<p>Besuch eines weiteren Kranken (Mitbesuch)</p>	<p>Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie, Heim)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Besuch eines weiteren Kranken“ abrechenbar ▪ Nicht am selben Tag wie die Leistung Vertreterpauschale abrechenbar ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>13,00 EUR</p>
<p>Dringender Besuch</p>	<p>Leistungserbringung gemäß EBM (01411, 01412, 01415)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar. ▪ Nicht abrechenbar in Dienstzeiten des organisierten Bereitschaftsdienstes des Betreuarztes 	<p>70,00 EUR</p>
<p>Wegepauschale Zone A</p>	<p>Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone bis 5 km ab Praxis-sitz</p>	<p>nicht neben folgenden Leistungen abrechenbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Besuch eines weiteren Kranken ▪ „Wegepauschale Zone B“ ▪ „Wegepauschale Zone C“ 	<p>5,00 EUR</p>
<p>Wegepauschale Zone B</p>	<p>Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 5,1 km bis 10 km ab Praxissitz.</p>	<p>nicht neben folgenden Leistungen abrechenbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Besuch eines weiteren Kranken ▪ „Wegepauschale Zone A“ ▪ „Wegepauschale Zone C“ 	<p>10,00 EUR</p>

<p>Wegepauschale Zone C</p>	<p>Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 10,1 km ab Praxissitz</p>	<p>nicht neben folgenden Leistungen abrechenbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Besuch eines weiteren Kranken ▪ „Wegepauschale Zone A“ ▪ „Wegepauschale Zone B“ 	<p>15,00 EUR</p>
<p>Geriatrisches Assessment</p>	<p>vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 03240)</p> <p>Die Leistung "Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment" innerhalb der HZV ist von Änderungen des EBM nicht betroffen. Die Ersetzung der Ziffer 03240 durch die Ziffern 03360 und 03362 in Anhang 1 zu Anlage 3 erfolgt lediglich, um zu dokumentieren, dass eine Abrechnung gegenüber der KV weiterhin ausgeschlossen ist.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 2 x pro Versicherten-teilnahmejahr 	<p>17,00 EUR</p>
<p>Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten</p>	<p>Leistungsinhalt analog EBM-Ziffer 03370</p> <p>Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung</p> <p>„Palliativmedizin/Palliative Care ist gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2002 ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.</p> <p>Durch eine ganzheitliche Herangehensweise soll Leiden umfassend gelindert werden, um Patienten und ihren Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung zu helfen und deren Lebensqualität zu verbessern.“ (aus: Satzung der <i>Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)</i> (2010))</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ abrechenbar, wenn mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal stattgefunden hat ▪ wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ nicht abrechenbar, wenn der Versicherte Leistungen der SAPV erhält. 	<p>30,00 EUR</p>

Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten	liegt vor bei einem Besuch des HAUSARZTES bei einem Palliativpatienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 10 x pro Quartal ▪ abrechenbar neben den Leistungen: <ul style="list-style-type: none"> - „Besuch eines Kranken“ - „Besuch eines weiteren Kranken“ - „Dringender Besuch“ ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	20,00 EUR
Koordination bei Behandlung SAPV	Kommunikation mit dem SAPV-Team	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ maximal für 2 Quartale abrechenbar 	15,00 EUR
Kontaktabhängiger Zuschlag für die hausärztliche Betreuung von onkologischen Patienten im Jahr der Therapie	<p>kontinuierliche hausärztliche Betreuung und Abstimmung mit (Mit-)Behandlern von Patienten mit folgenden Merkmalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ während einer laufenden ambulanten Chemotherapie oder ▪ während einer laufenden Radiatio Therapie mit Zytostatika ▪ hausärztliches Gespräch 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 1 x pro Quartal abrechenbar ▪ nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ onkologische Erkrankung 	20,00 EUR

Leistung/ Bezeichnung	Abrechnungsregeln	Vergütung
Schutzimpfungen		
Pflichtleistungen: Leistungen gemäß Anhang 5 zu dieser Anlage 3		
Diphtherie (Standardimpfung)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre ▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre ▪ für die Auffrischungsimpfung 	6,00 EUR
Diphtherie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sonstige Indikationen ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sonstige Indikationen ▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation 	6,00 EUR

Leistung/ Bezeichnung	Abrechnungsregeln	Vergütung
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sonstige Indikationen ▪ für die Auffrischungsimpfung 	6,00 EUR
Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ für die Auffrischungsimpfung 	6,00 EUR
Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Säuglinge und Kleinkinder ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Säuglinge und Kleinkinder ▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation 	6,00 EUR
Haemophilus influenzae Typ b	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sonstige Indikationen ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sonstige Indikationen ▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation 	6,00 EUR
Hepatitis A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ für die Auffrischungsimpfung 	6,00 EUR
Hepatitis B (Standardimpfung)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre ▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation 	6,00 EUR
Hepatitis B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sonstige Indikationen ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sonstige Indikationen ▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sonstige Indikationen ▪ für die Auffrischungsimpfung 	6,00 EUR

Leistung/ Bezeichnung	Abrechnungsregeln	Vergütung
Herpes zoster	▪ Personen ≥ 60 Jahre	6,63 EUR
	▪ Personen ≥ 50 Jahre mit einer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung für das Auftreten eines Herpes zoster infolge einer Grundkrankheit	6,63 EUR
Hepatitis B Dialysepatienten	▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	6,00 EUR
	▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	6,00 EUR
	▪ für die Auffrischungsimpfung	6,00 EUR
Humane Papillomaviren (HPV)	▪ Kinder und Jugendliche ab dem 10. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	6,00 EUR
	▪ Kinder und Jugendliche ab dem 10. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr ▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	6,00 EUR
Influenza (Standardimpfung)	▪ Personen über 50 Jahre	7,00 EUR
Influenza	▪ sonstige Indikationen ▪ bei erstmaliger Influenza-Impfung von Kindern unter 13 Jahren ist die Ziffer 89112 zweimal zu dokumentieren	7,00 EUR
Masern (Erwachsene)	▪ Erwachsene ab 18 Jahren	6,00 EUR
Meningokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung)	▪ Kinder	6,00 EUR
Meningokokken	▪ sonstige Indikationen ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	6,00 EUR
	▪ sonstige Indikationen ▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	6,00 EUR
	▪ sonstige Indikationen ▪ für die Auffrischungsimpfung ▪ keine routinemäßige Auffrischung	6,00 EUR
Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung)	▪ Kinder bis 24 Monate ▪ Personen über 50 Jahre ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie ▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	6,00 EUR

Leistung/ Bezeichnung	Abrechnungsregeln	Vergütung
Pneumokokken Polysaccharidimpfstoff (Standardimpfung)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personen über 50 Jahre ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfsérie 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wiederholungsimpfung für Personen über 60 Jahre 	6,00 EUR
Pneumokokken	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder ab dem vollendeten 2. Lebensjahr, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion oder infolge einer chronischen Erkrankung ▪ bei weiterbestehender Indikation (angeborene und erworbene Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, chronische Nierenkrankheiten/nephrotisches Syndrom) ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfsérie 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder ab dem vollendeten 2. Lebensjahr, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion oder infolge einer chronischen Erkrankung ▪ bei weiterbestehender Indikation (angeborene und erworbene Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, chronische Nierenkrankheiten/nephrotisches Syndrom) ▪ für die Auffrischungsimpfung 	6,00 EUR
Poliomyelitis (Standardimpfung)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfsérie 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre ▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre ▪ für die Auffrischungsimpfung 	6,00 EUR
Poliomyelitis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sonstige Indikationen ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfsérie 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sonstige Indikationen ▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation 	6,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sonstige Indikationen ▪ für die Auffrischungsimpfung ▪ keine routinemäßige Auffrischung 	6,00 EUR

Leistung/ Bezeichnung	Abrechnungsregeln	Vergütung
Rotavirus	▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	7,50 EUR
	▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	7,50 EUR
Tetanus	▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	6,00 EUR
	▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	6,00 EUR
	▪ für die Auffrischungsimpfung	6,00 EUR
Varizellen (Standardimpfung)	▪ Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	6,00 EUR
	▪ Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre ▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	6,00 EUR
Varizellen	▪ sonstige Indikationen ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	6,00 EUR
	▪ sonstige Indikationen ▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	6,00 EUR
Diphtherie, Tetanus (Td)	▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	8,00 EUR
	▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	8,00 EUR
	▪ für die Auffrischungsimpfung	8,00 EUR
Hepatitis A und Hepatitis B (HA - HB) c	▪ nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis A und eine Hepatitis B Impfung ▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	8,00 EUR
	▪ nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis A und eine Hepatitis B Impfung ▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	8,00 EUR
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP)	▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	10,00 EUR
	▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	10,00 EUR
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	12,00 EUR
	▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	12,00 EUR

Leistung/ Bezeichnung	Abrechnungsregeln	Vergütung
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)	▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	10,00 EUR
	▪ für die Auffrischungsimpfung ▪ Anmerkungen zur Pertussis-Impfung in der Anlage 1 SI-RL beachten	10,00 EUR
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)	▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	10,00 EUR
	▪ für die Auffrischungsimpfung ▪ Anmerkungen zur Pertussis-Impfung in der Anlage 1 SI-RL beachten	10,00 EUR
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)	▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	11,00 EUR
	▪ für die Auffrischungsimpfung ▪ Anmerkungen zur Pertussis-Impfung in der Anlage 1 SI-RL beachten	11,00 EUR
Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)	▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	12,00 EUR
	▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	12,00 EUR
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typb(DTaP-IPV-Hib)	▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	12,50 EUR
	▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	12,50 EUR
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B (DTaP-IPV-Hib-HB)	▪ für die ersten Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	17,00 EUR
	▪ für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	17,00 EUR
Satzungsimpfungen		
Hepatitis A	▪ Standardimpfung für Kinder, Jugendliche und seronegative Erwachsene ▪ die Kosten für die erforderliche Titerbestimmung (Seronegativitätstest) vor der Inanspruchnahme der Impfung der ggf. erforderlichen Impferfolgskontrolle sind durch den HZV-Versicherten zu tragen	6,00 EUR
Hepatitis B	▪ Standardimpfung für seronegative Versicherte über 18 Jahre ▪ die Kosten für die erforderliche Titerbestimmung (Seronegativitätstest) vor der Inanspruchnahme der Impfung der	6,00 EUR

Leistung/ Bezeichnung	Abrechnungsregeln	Vergütung
	ggf. erforderlichen Impferfolgskontrolle sind durch den HZV-Versicherten zu tragen	
Hepatitis A und B (HA - HB)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Standardimpfung für Kinder, Jugendliche und seronegative Erwachsene ▪ die Kosten für die erforderliche Titerbestimmung (Seronegativitätstest) vor der Inanspruchnahme der Impfung der ggf. erforderlichen Impferfolgskontrolle sind durch den HZV-Versicherten zu tragen 	8,00 EUR
Influenza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Standardimpfung für Kinder ab dem vollendeten 6. Lebensmonat, Jugendliche und für HZV-Versicherte bis zum vollendeten 60. Lebensjahr 	7,00 EUR
Influenza nasal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impfung für Kinder im Alter von 2 bis einschließlich 6 Jahren 	7,00 EUR
Masern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Standardimpfung für alle empfänglichen Personen außerhalb der Indikationsliste der STIKO ▪ Vorzugsweise sind Kombinationsimpfstoffe (MMR) einzusetzen 	6,00 EUR
Röteln		6,00 EUR
Masern, Mumps, Röteln (MMR)		12,00 EUR
Meningokokken	<ul style="list-style-type: none"> ▪ für Säuglinge ab dem 3. Lebensmonat (bis zur Vollendung des ersten. Lebensjahres) ▪ betrifft ausschließlich die Serogruppe C 	6,00 EUR
Pertussis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auffrischungsimpfung alle 10 Jahre für alle Personen ▪ Vorzugsweise sind Kombinationsimpfstoffe einzusetzen 	6,00 EUR
Poliomyelitis		6,00 EUR
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)		10,00 EUR
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)		10,00 EUR
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapiPV)		11,00 EUR

Leistung/ Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Vergütung
Qualitätsboni			
Impfquote Influenza	Bonus bei Erreichen der Impfquote Influenza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ je HZV-Versicherten ab 50 Jahre gemäß Anhang 5 zu dieser Anlage 3 „Impfquote Influenza“ ▪ ein Mal pro Jahr 	2,00 EUR
INR-Managementpauschale	Leistung für Patienten, die mit Vitamin-K-Antagonisten (VKA) behandelt werden	<ul style="list-style-type: none"> ▪ je HZV-Versicherten gemäß Anhang 6 zu dieser Anlage 3 „INR-Management“ ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ ein Mal je Quartal 	20,00 EUR

* Anmerkung: Ausnahmefall bedeutet:

Die Gebührenordnungspositionen 02300, 02301 und 02302 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag - abrechenbar.

Begrifflichkeit	Beschreibung
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter Hausarzt.
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein Hausarzt, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HZV-Versicherten ist.
Stellvertreterarzt	Ein Stellvertreterarzt ist ein Praxispartner des Betreuarztes innerhalb einer BAG/eines MVZ, der die Vertretung des Betreuarztes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HZV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet, unabhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HZV teilnimmt (siehe § 3 Ziffer IV.).
Versichertenteilnahmejahr	Ein Versichertenteilnahmejahr sind 4 aufeinander folgende Quartale beginnend mit dem Tag, an dem der Versicherte als HZV-Versicherter im Sinne des HZV-Vertrages gilt (Aufnahme in das HZV-Versichertenverzeichnis und Übermittlung an die Dienstleistungsgesellschaft). Bei einem durch die AOK PLUS stattgegebenen Wechsel des Hausarztes (auch innerhalb einer BAG/eines MVZ) beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr. Ein Versichertenteilnahmejahr beginnt am ersten Tag des Quartals (1.1., 1.4., 1.7., 1.10.). Ab dem 5., 9., 13. usw. Versichertenteilnahmequartal beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr.
Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)	Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von <ul style="list-style-type: none"> • Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder • Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder • MVZ untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften.

	Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).
--	--

§ 2 Laufzeit

Diese **Anlage 3** tritt am 1. April 2016 in Kraft. Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser **Anlage 3** gelten zunächst bis zum 31.12.2018 (§ 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages). Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages.

§ 3 Allgemeine Vergütungsbestimmungen

1. HZV-Ziffernkranz (Anhang 1 zu dieser Anlage 3)

Der Leistungsumfang der Pauschalen sowie Zuschläge und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „HZV-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**, soweit die AOK PLUS und der Hausärzterverband hierüber eine Vereinbarung treffen. Vor einer solchen Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Aufgrund § 135 SGB V nach Maßgabe dieser Ziffer 1. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des HZV-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.

2. Dokumentation

Der HAUSARZT hat alle Diagnosen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß gemäß § 295 Abs. 1b i. V. m. § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (§ 3 Abs. 5 lit. b des HZV-Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endständig zu übermitteln.

3. Abrechnung des Betreuarztes für die HZV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben

- (1) Der HAUSARZT rechnet für die HZV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben, Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Damit sind alle hausärztlichen Leistungen, die gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** Gegenstand dieses Vertrages sind, abgedeckt.
- (2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, für die HZV-Versicherten, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des HZV-Ziffernkranzes (**Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) im Rahmen dieses HZV-Vertrages zu erbringen. Kann ein HAUSARZT aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag durch einen anderen HAUSARZT erfolgen.

- (3) Sofern Leistungen erbracht werden, die in dem HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Hierbei darf zusätzlich keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.
- (4) Die Vergütung der P3 setzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit kontinuierlichem hausärztlichem Betreuungsbedarf voraus. Als chronische Krankheiten werden lang andauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden und eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen. Eine chronische Erkrankung im Sinne der hausarztzentrierten Versorgung setzt daher eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) durch den Hausarzt voraus, ohne die nach hausärztlicher Einschätzung eine erhebliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

4. Besonderheiten bei HZV-Leistungen innerhalb von BAG/MVZ

- (1) Leistungen gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG/des MVZ ebenfalls durch die Pauschalen abgegolten. Werden sie nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ (Stellvertreterarzt) erbracht (unabhängig davon, ob dieser an der HZV teilnimmt) und zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 12 Abs. 2 des HZV-Vertrages.
- (2) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

5. Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Der Behandlungsauftrag bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an dem altersgemäß typischen Leistungsumfang. So sind insbesondere bei Kleinkindern die Entwicklungsdiagnostik, die altersgemäßen Vorsorgeuntersuchungen oder Impfleistungen vom Betreuarzt gemäß den entsprechenden Richtlinien zu erbringen.

6. Impfleistungen

Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der AOK PLUS und der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen" und den Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision.

§ 4

Abrechnung der HZV-Vergütung durch den Hausärzterverband

- (1) Der Hausärzterverband ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HZV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet. Zur Gewährleistung einer vertragsgemäßen Abrechnung der hausärztlichen Leistungen ist der Hausärzterverband gemäß § 295a Abs.2 SGB V i. V. m. § 80 SGB X berechtigt, hierzu eine andere Stelle zu beauftragen. Als andere Stelle i. S. v § 295a Abs. 2 SGB V i. V. m. § 80 SGB X beauftragt der Hausärzterverband das in dieser Anlage 3 benannte Rechenzentrum.
- (2) Das von dem Hausärzterverband hierzu eingesetzte Rechenzentrum („**Rechenzentrum**“) ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum GmbH
Edmund - Rumpler - Straße 2
51149 Köln
Service-Hotline: 02203 5756 1111
Fax: 02203 57561110
- (3) Das Rechenzentrum versendet an den HAUSARZT jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner HZV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal (HZV-Versichertenverzeichnis im Sinne des HZV-Vertrages). Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HZV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HZV-Versicherte.
- (4) Der HAUSARZT übermittelt dem Rechenzentrum seine Abrechnung der HZV-Vergütung („**HZV-Abrechnung**“) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 5. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober) („**HZV-Abrechnungsfrist**“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HZV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist das Rechenzentrum berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der AOK PLUS (vgl. § 4 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.
- (5) Das Rechenzentrum ist verpflichtet, die HZV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 7 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für den HAUSARZT zu prüfen.

- (6) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 5 geprüften HZV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt das Rechenzentrum die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der AOK PLUS überprüft das Rechenzentrum die Abrechnungsdatei erneut. Das Rechenzentrum ist verpflichtet, den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit dieser den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (7) Das Rechenzentrum übersendet dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der AOK PLUS einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete HZV-Vergütung gemäß § 1 dieser **Anlage 3**, die Verwaltungskostenpauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen sowie eine nach § 10 Abs. 3 des HZV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der AOK PLUS.
- (8) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis des Rechenzentrums unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Rechenzentrum etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.
- (9) Sollte sich für einen HAUSARZT eine Überzahlung oder ein sonstiger Gegenanspruch gemäß § 12 Abs. 2 und § 13 Abs. 3 des HZV-Vertrages ergeben, erhält der HAUSARZT im Abrechnungsnachweis eine Mitteilung, dass die fälligen Beträge mit jeglichem Zahlungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet werden.
- (10) Sollte ein HAUSARZT aus dem HZV-Vertrag ausscheiden oder eine Verrechnung mit zukünftigen Vergütungsansprüchen aus anderen Gründen nicht oder nicht vollständig möglich sein, erhält der HAUSARZT mit dem Abrechnungsnachweis eine Zahlungsaufforderung. Die dort ausgewiesenen Forderungen sind vom Hausarzt innerhalb von 4 Wochen auszugleichen. Das Rechenzentrum übermittelt bei ausstehenden Rückforderungen nach Ablauf der 4 Wochen Zahlungsfrist bis zu zwei weitere Zahlungsaufforderungen als Mahnungen an die HAUSÄRZTE, die ihrer Zahlungsverpflichtung nicht fristgerecht nachkommen. Nach fruchtloser Geltendmachung der ausstehenden Rückforderungsbeträge, wird der AOK PLUS der noch offene Forderungsbetrag zur eigenen Geltendmachung ausgewiesen.
- (11) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der AOK PLUS hinausgehender Ansprüche des HAUSARZTES wird sich das Rechenzentrum im Benehmen mit dem

HAUSARZT um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der AOK PLUS bemühen. Das Rechenzentrum ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des HAUSARZTES verpflichtet, sofern sie dem HAUSARZT nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt hat, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 7 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

§ 5

Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der AOK PLUS

- (1) Zum Zwecke der Quartalsabrechnung übersendet das Rechenzentrum der AOK PLUS nach Verarbeitung der Daten gemäß § 4 Abs. 6 eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Die Abrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden HAUSÄRZTEN abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für ihre erbrachten Leistungen und weist die Beträge für den jeweiligen HAUSARZT geprüften HZV-Vergütung im Sinne des § 10 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 10 Abs. 3 des HZV-Vertrages aus.

- (2) Die AOK PLUS oder die von ihr benannte Stelle hat eine Prüffrist von 15 Arbeitstagen („**AOK PLUS-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Die AOK PLUS-Prüffrist kann von den Vertragspartnern einvernehmlich verkürzt werden. Ist die AOK PLUS oder die von ihr benannte Stelle der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der AOK PLUS-Prüffrist dem Rechenzentrum schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“) und ebenfalls innerhalb der AOK PLUS-Prüffrist eine entsprechende Rügedatei („**Technische Rügedatei**“) gemäß den Regelungen des Punktes 2.3 ff. des Anhangs 3 zur Anlage 4 zu übermitteln. Lediglich schriftlich geäußerte Einwände gegen die Abrechnung müssen durch das Rechenzentrum nicht geprüft und verarbeitet werden. Eine aggregierte schriftliche Rügemitteilung ohne entsprechende Technische Rügedatei ist weder für die Überprüfung noch für die Zuordnung der Rügen auf Ebene des einzelnen HAUSARZTES ausreichend. Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.

Die AOK PLUS ist innerhalb einer Zahlungsfrist von fünf Arbeitstagen („Montag bis Freitag“) („**Zahlungsfrist**“) ab Zugang des jeweiligen Rechnungsbriefes zum Ausgleich des in der Rechnung ausgewiesenen Betrages verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage („Montag bis Freitag“) nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer

Zugang nachgewiesen wird. Der Rechnungsbrief kann elektronisch übermittelt werden.

Das Rechenzentrum prüft und verarbeitet berechnete Abrechnungsrügen im Rahmen nachfolgender Abrechnungen. § 13 Abs. 3 des HZV-Vertrages bleibt unberührt (Verrechnung von Überzahlungen).

- (3) Die AOK PLUS hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzterverband benannte Konto der HÄVG („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzterverband spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der AOK PLUS schriftlich mitteilen.
- (4) Die AOK PLUS kann gegenüber dem HAUSARZT über das Rechenzentrum binnen 12 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen. Das Nähere wird in einem Fach- und Prüfkonzept geregelt.

§ 6 **Auszahlung der HZV-Vergütung durch den Hausärzterverband**

- (1) Der Hausärzterverband ist berechtigt und verpflichtet, die HZV-Vergütung von der AOK PLUS entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten; er bedient sich insoweit der HÄVG als Erfüllungsgehilfe und Zahlstelle. Der Hausärzterverband prüft den Betrag der von der AOK PLUS erhaltenen Zahlungen (§ 4 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 5 dieser **Anlage 3**.
- (2) Die HÄVG ist berechtigt und gegenüber dem Hausärzterverband verpflichtet, die von der AOK PLUS erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 13 des HZV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 15 des HZV-Vertrages bleibt unberührt. Die HÄVG ist verpflichtet, Zahlungen der AOK PLUS in angemessen kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten, Abschlagszahlungen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats.
- (3) Die AOK PLUS zahlt die HZV-Vergütung mit befreiender Wirkung an die HÄVG. In Höhe der jeweiligen Zahlung an die HÄVG tritt Erfüllung gegenüber dem HAUSARZT ein (§ 362 BGB). Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur nach § 11 des HZV-Vertrages.

§ 7 **Abrechnungsprüfkriterien**

- (1) Das Rechenzentrum und die AOK PLUS bzw. eine von ihr benannte Stelle prüfen die HZV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 13 des HZV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HZV;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Einzelleistung/des VERAH-Zuschlags (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß § 3 Ziffer 2 dieser **Anlage 3**.
- (3) Der Umfang der vom Rechenzentrum an die AOK PLUS zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 i. V. m. 1b SGB V übermittelten Daten.

- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HAUSARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß vorgestelltem Absatz 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§11 des HZV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 8** einschlägig sein.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8 Anhänge

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser **Anlage 3**:

Anhang 1 zu Anlage 3:	Leistungsbeschreibung gemäß HZV-Ziffernkranz
Anhang 2 zu Anlage 3:	unbesetzt
Anhang 3 zu Anlage 3:	VERAH-Vergütung
Anhang 4 zu Anlage 3:	Zuschlag Rationale Pharmakotherapie
Anhang 5 zu Anlage 3:	Impf-Quote
Anhang 6 zu Anlage 3:	INR-Management